

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA**

**FRECUENCIA DE SUBDIAGNÓSTICO DE
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES
ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD VILLA LOS REYES DURANTE EL
PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE
DEL 2014**

TESIS

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTOR

CÉSAR AUGUSTO PALACIOS TORRE

ASESOR

ALBERTO PERALES CABRERA

Lima – Perú

2015

AGRADECIMIENTO

Es mi deber iniciar agradeciendo a nuestra gloriosa Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la que hace posible la formación de buenos médicos con vocación para la noble causa de brindar a la población un servicio de salud de calidad, la que además los incentiva a investigar para generar conocimiento y a enseñar para transmitir dicho conocimiento a las futuras generaciones de profesionales de la salud. Nuestra alma máter, la que además fue, es y será cuna de grandes mártires de la medicina en nuestro país. Es por todo ello, que me siento orgulloso de pertenecer a esta familia.

También agradecer al Dr. Alberto Perales Cabrera por haber tenido la gentileza de ser mi asesor en el presente estudio. Le agradezco por sus orientaciones, sugerencias y observaciones que me sirvieron de guía y permitieron la consolidación final de esta investigación.

Además agradecer a cada uno de los miembros del personal de salud del Centro de Salud Villa Los Reyes que de alguna u otra manera participaron en la elaboración de este trabajo, compartiendo desinteresadamente sus conocimientos y brindándome gentilmente sus sugerencias para la mejor aplicación de mi estudio en esta institución.

Expresar mi especial gratitud hacia el Dr. César Ruiz Naupari, Srta. Gladys Rojas y Srta. Juana Taboada, pertenecientes a la Jefatura y Área Administrativa del Centro de Salud Villa Los Reyes, por todas las facilidades brindadas en las coordinaciones para la ejecución de mi investigación.

También resaltar la importante colaboración demostrada por el Área de Admisión, principalmente de la Tec. Angélica Culqui Tafur, encargada de la digitación y repartición de citas y de la distribución y archivo de historias clínicas, por brindarme los recursos necesarios y por su gran ayuda en la búsqueda de las fuentes de información.

Para finalizar agradecer a mi familia por la motivación brindada, que me impulsa a crecer y ser mejor día a día, y por el aliento dado para la consecución de mis metas, que poco a poco he ido consiguiendo.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis, a mi familia, que me ha dado la fuerza necesaria para realizar este proyecto de investigación y así cumplir el sueño que se inició hace años de realizar esta noble labor de servir a otros brindándoles salud, en especial a mi tío Román Tomasto Arbieto, recientemente fallecido, del cual siempre guardaré sus consejos.

A mi madre, por su exigencia y por inculcar a mis hermanos y a mí desde pequeños el valor de la educación, cuyos frutos se cosechan en el presente con el crecimiento profesional de cada uno.

A mi padre, por su comprensión y el apoyo que me dieron el impulso necesario para ir logrando mis metas, predicando con el ejemplo que no hay imposibles y que pese a las dificultades podemos hacer realidad nuestros sueños.

A mis hermanos, por estar siempre a mi lado y poner a prueba en cada momento mi capacidad e inteligencia, porque aunque competíamos por ser uno mejor que el otro, nunca dejamos de querernos como hermanos.

A mis amigos, que compartieron conmigo alegrías y tristezas, éxitos y fracasos, estudio y diversión, y con quienes llegamos a formar una familia durante todos estos años de carrera, porque siempre podía encontrar en ellos una crítica constructiva, un consejo acertado, una palabra de aliento, y porque juntos hicimos nuestro el ideal de que no hay nada más valioso en esta vida que dar salud y recibir a cambio la gratitud de las personas.

ÍNDICE GENERAL

• INTRODUCCIÓN	1
• METODOLOGÍA	
▪ Tipo de investigación	12
▪ Diseño de investigación.....	12
▪ Población.....	12
▪ Muestra	12
▪ Variables.....	13
▪ Técnicas e instrumentos.....	15
▪ Procedimiento y análisis de datos	15
▪ Consideraciones éticas.....	16
• RESULTADOS	17
• DISCUSION	31
• CONCLUSIONES	34
• RECOMENDACIONES	36
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
• ANEXOS	
▪ Anexo 1 (FICHA DE RECOLECCION DE DATOS) ...	40
▪ Anexo 2 (CONSENTIMIENTO INFORMADO)	41
▪ Anexo 3 (ESCALA DE DEPRESION DE ZUNG)	42
▪ Anexo 4 (ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG).....	43
▪ Anexo 5 (INTERPRETACION DE ESCALAS)	44

LISTA DE CUADROS

- **Cuadro N°1. Distribución de pacientes por probable problema según test17**
- **Cuadro N°2. Distribución de casos probables de depresión según test por grado de severidad19**
- **Cuadro N°3. Distribución de casos probables de ansiedad según test por grado de severidad20**
- **Cuadro N°4. Distribución de casos probables de depresión según test por presunción diagnóstica21**
- **Cuadro N°5. Distribución de casos probables de ansiedad según test por presunción diagnóstica22**
- **Cuadro N°6. Distribución de casos probables de depresión según test por intervalos de edad23**
- **Cuadro N°7. Distribución de casos probables de ansiedad según test por intervalos de edad24**
- **Cuadro N°8. Distribución de casos probables de depresión según test por sexo25**
- **Cuadro N°9. Distribución de casos probables de ansiedad según test por sexo26**
- **Cuadro N°10. Distribución de casos probables de depresión según test por motivo de consulta27**
- **Cuadro N°11. Distribución de casos probables de ansiedad según test por motivo de consulta28**
- **Cuadro N°12. Distribución de casos probables de depresión según test por profesional que diagnostica29**
- **Cuadro N°13. Distribución de casos probables de ansiedad según test por profesional que diagnostica30**

LISTA DE FIGURAS

- **Figura N°1. Distribución de pacientes por probable problema según test18**
- **Figura N°2. Distribución de casos probables de depresión según test por grado de severidad19**
- **Figura N°3. Distribución de casos probables de ansiedad según test por grado de severidad20**
- **Figura N°4. Distribución de casos probables de depresión según test por presunción diagnóstica21**
- **Figura N°5. Distribución de casos probables de ansiedad según test por presunción diagnóstica22**
- **Figura N°6. Distribución de casos probables de depresión según test por intervalos de edad23**
- **Figura N°7. Distribución de casos probables de ansiedad según test por intervalos de edad24**
- **Figura N°8. Distribución de casos probables de depresión según test por sexo25**
- **Figura N°9. Distribución de casos probables de ansiedad según test por sexo26**
- **Figura N°10. Distribución de casos probables de depresión según test por motivo de consulta27**
- **Figura N°11. Distribución de casos probables de ansiedad según test por motivo de consulta28**
- **Figura N°12. Distribución de casos probables de depresión según test por profesional que diagnostica29**
- **Figura N°13. Distribución de casos probables de ansiedad según test por profesional que diagnostica30**

Frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014

César Augusto Palacios Torre

Centro de Salud Villa Los Reyes, Callao – Perú

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014. **Diseño de estudio:** Estudio no experimental, descriptivo y de corte transversal. **Materiales y métodos:** Se halló 125 probables casos de depresión y/o ansiedad por test de Zung y se determinó frecuencias y porcentajes de las variables con el programa Microsoft Excel. **Resultados:** De 91 probables casos de depresión (75 leve, 15 moderada y 1 severa) y 91 de ansiedad (79 leve, 11 moderada y 1 severa), 2 y 4 obtuvieron la presunción diagnóstica del médico, respectivamente. De los probables casos de depresión y ansiedad, 10 y 20 eran adultos jóvenes, 85 y 83 mujeres y 25 y 30 fueron por cefalea, respectivamente. De los probables casos con presunción diagnóstica, 2 fueron de un médico cirujano y 4 de un especialista no psiquiatra. **Conclusiones:** Existe alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad tanto del médico cirujano como del especialista no psiquiatra.

Palabras clave: *depresión, ansiedad, subdiagnóstico, atención primaria.*

Frequency of underdiagnosis of depression and anxiety in adult patients treated at the Villa Los Reyes Health Center during the period from September to November of 2014

César Augusto Palacios Torre

Villa Los Reyes Health Center, Callao – Perú

SUMMARY

Objective: To determine the frequency of underdiagnosis of depression and anxiety in adult patients treated at Villa Los Reyes Health Center during the period from September to November of 2014. **Design:** Non-experimental, descriptive and cross-sectional study. **Material and methods:** 125 probable cases of depression and / or anxiety were found by Zung test, frequencies and percentages of variables were determined using Excel spreadsheets. **Results:** There were 91 probable cases of depression (75 mild, 15 moderate and 1 severe) and 91 of anxiety (79 mild, 11 moderate and 1 severe), 2 and 4 cases obtained medical diagnostic presumption respectively. Of the probable cases of depression and anxiety, 10 and 20 were young adults, 85 and 83 were women, and 25 and 30 were headache, respectively. Of the probable cases with diagnostic presumption 2 were of a medical surgeon and 4 were of non-psychiatrist specialist. **Conclusions:** There is high frequency of underdiagnosis of depression and anxiety, both the medical surgeon and non-psychiatrist specialist.

Key words: *depression, anxiety, underdiagnosis, primary care*

INTRODUCCIÓN

La depresión y la ansiedad son trastornos mentales que constituyen un problema de salud pública, debido no sólo a su alta prevalencia, sino también a las repercusiones que traen consigo a nivel físico, psicológico, social y económico. Aunque son poco mortales, son estimados como discapacitantes, considerándose de esta manera como una de las mayores cargas de enfermedad en países desarrollados y en vías de desarrollo, lo que hace importante su diagnóstico y tratamiento precoz. En el año 2012, por el Día Mundial de la Salud Mental, la OMS, en su publicación “Depresión: Una crisis global”, estimó que la depresión afecta a 350 millones de 7000 millones de personas y es la cuarta causa de discapacidad en el mundo, para el 2020 será la segunda causa y para el 2030 será la mayor responsable de carga de enfermedad ¹.

La falta de servicios apropiados, de profesionales de la salud capacitados especialmente en la Atención Primaria y el estigma social asociado a los trastornos mentales, son algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada, además de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de la depresión y la ansiedad. En la mayoría de los países de América Latina los médicos de atención primaria reciben su formación en hospitales psiquiátricos, donde el tipo de pacientes y los problemas que presentan son distintos a los que encontrarán en la práctica médica cotidiana, y por ende será menor la probabilidad de que problemas de depresión y ansiedad sean detectados y tratados. En el año 2012, la OPS, en su boletín informativo “Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente”, publicó que en América Latina y el Caribe, de la población adulta, el 5% sufren de depresión y el 3,4% de ansiedad, y que entre 60% a 65% de la población con depresión no reciben tratamiento ².

Planteamiento del problema

La depresión y la ansiedad pueden afectar a cualquier persona en algún momento de su vida y deben ser atendidas y apoyadas psicológica y

socialmente, además en términos humanos significa sufrimiento y en términos económicos implica importantes costos para las familias y para los Estados. Hay que borrar la idea de que toda depresión va a necesitar tratamiento medicamentoso, pues los casos ligeros y aún algunos moderados pueden ser solucionados, básicamente, con apoyo social, familiar, psicoterapias breves u otras formas de intervención psicosocial que pueden ser realizadas por médicos de atención primaria de la salud o por organizaciones de la comunidad que brindan apoyo a las personas ².

A pesar de su importancia, la detección de depresión y ansiedad se encuentra sustancialmente mellada, ya que el estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países, que no incluyó al Perú, reveló una alta frecuencia de subdiagnóstico en los pacientes que a diario acuden a un establecimiento de salud, y esto es porque la mayoría de ellos acuden por diversas molestias de índole somático, de lo que se deduce que la mayoría de las veces que un paciente con síntomas psiquiátricos tiene contacto con un profesional de la salud, no es con un psiquiatra, sino más bien con un médico general, por lo cual debiera ser de pericia médica el diagnosticar precozmente dichas patologías, es decir en el primer nivel de atención. El reconocimiento precoz de estas condiciones por el médico general y un adecuado manejo desde sus primeras manifestaciones mediante psicoterapia, medicación o tratamientos alternativos, podrían determinar un cambio esencial en el curso, en el pronóstico y en la prevención o reducción de las consecuencias sociales de dichas enfermedades mentales y disminuir el impacto negativo en la salud de la población mundial ¹.

Formulación del problema

Dado que los hallazgos sugieren una relación causa-efecto entre no detección y no tratamiento de depresión y ansiedad en América Latina y el Caribe, y que la detección de ambos trastornos mentales se encuentra muy disminuida en los establecimientos de salud de primer nivel de atención, se hace pertinente verificar si la alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad encontrada se registra también en un Centro de Salud de

Atención Primaria en el Perú, en una localidad establecida y durante un periodo de tiempo determinado.

Considerando las condiciones mencionadas, se formula el problema de investigación mediante la siguiente pregunta: ¿Cuál es la frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014?

Objetivos

1. El objetivo principal es determinar la frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014, comparando los resultados de tamizajes con las presunciones diagnósticas de historias clínicas.
2. Determinar la frecuencia de presunción diagnóstica de depresión y ansiedad en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014, mediante la revisión de presunciones diagnósticas en las historias clínicas.
3. Establecer las características sociodemográficas de los pacientes adultos afectados del Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014, mediante una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador y validada por juicio de expertos.

Justificación de la investigación

La importancia de determinar que la detección de los trastornos psiquiátricos en general, y de la depresión y ansiedad en particular, por parte del médico general es relativamente baja, radica en que pudieran ser múltiples y complejas las causas de esta baja detección, pudiendo ir desde razones asistenciales (por ejemplo, la sobrecarga de los servicios sanitarios) o de

formación y personalidad del médico (por ejemplo, actitud negativa hacia la psiquiatría) hasta aspectos concernientes al paciente (por ejemplo, la frecuente presentación somática de los síntomas depresivos y ansiosos, que el médico general muy pocas veces los asocia a una enfermedad mental).

Dicho esto, se requiere evaluarla de manera exhaustiva tanto a nivel local, regional y nacional, empezando por determinar si existe tal sudiagnóstico en un Centro de Salud de Atención Primaria.

Analizando la problemática que involucra los trastornos de depresión y ansiedad, esta investigación se ha desarrollado con la finalidad de que sirva como una base de datos y de referencia para el mejor diagnóstico de estos trastornos en el Centro de Salud Villa Los Reyes, fomentando así el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales más frecuentes para el posterior tratamiento oportuno, adecuado y especializado en esta importante población de Ventanilla.

Limitaciones del estudio

El Centro de Salud Villa Los Reyes es un establecimiento de salud de categoría I-3 que pertenece a la jurisdicción de la Dirección Regional de Salud del Callao. Es un importante establecimiento de salud de Ventanilla por el recientemente inaugurado Servicio de Emergencia y Centro Obstétrico. Actualmente posee servicios de consulta externa (Medicina General, Obstetricia, Odontología, Asistencia Social, Inmunizaciones, Crecimiento y Desarrollo del Niño, Atención de Emergencia, Tópico), servicios médicos de apoyo al diagnóstico (Laboratorio Clínico, Radiología Diagnóstica, Radiología Diagnóstica Dental, Ecografía) y otros servicios (Estrategia Nacional Control de la Tuberculosis, Saneamiento Ambiental, Seguro Integral de Salud, Farmacia, Transporte de Pacientes, Administrativos).

Uno de los servicios de mayor demanda en la población es el servicio de Medicina. El servicio de Psicología no cuenta con tamizajes importantes de depresión y ansiedad por falta de personal para realizarlos, lo que constituyó una limitación para el estudio, ya que se hizo necesaria la realización de tamizajes con los test de depresión y ansiedad de Zung.

Además, para el estudio de la frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014, la recolección de datos (datos personales de los pacientes, motivo de consulta, etc.) fue proporcionada por las historias clínicas de los pacientes que se encontraron en el archivo de dicho Centro de Salud y que fueron facilitadas por la técnica encargada del archivo.

Por lo tanto, otra limitación para el estudio fue el acceso a la información, pues por la naturaleza del estudio se tomó como instrumento de investigación a la historia clínica, por lo que dicha información se vio limitada a los datos otorgados por la llenado de la misma, en las que se halló problemas de legibilidad y comprensión, además de su brevedad en muchos aspectos, como por ejemplo sociodemográficos y de salud mental, lo que motivó el llenado de la ficha de recolección de datos paralelamente a la aplicación de los test de depresión y ansiedad de Zung.

Referente teórico

La depresión es un estado emocional en el que las personas se sienten abatidas, derribadas o tristes y que cumple con los criterios diagnósticos de la OMS que son: el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas, el episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico y el síndrome somático. El síndrome somático implica: pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras, ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta, despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual, empeoramiento

matutino del humor depresivo, presencia de enlentecimiento motor o agitación, pérdida marcada del apetito, pérdida de peso de al menos 5% en el último mes y notable disminución del interés sexual^{1,2}.

La ansiedad es un estado emocional en el que las personas se sienten inquietas, aprensivas o temerosas y que cumple con los criterios diagnósticos de la OMS que son: el afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas, deben estar presentes rasgos característicos de ansiedad, y la presencia transitoria de otros síntomas (en particular de depresión) no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada (pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo). Los rasgos característicos de ansiedad implican: aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración), tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse) e hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca)^{1,2}.

Hernández y col, en su estudio "Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna", evaluaron la presencia de trastornos de ansiedad en 406 pacientes hospitalizados en un servicio médico de un hospital público, mediante una entrevista estructurada para el DSM-III-R. Encontraron que el 26% de las mujeres y 13% de los hombres tenían trastornos de ansiedad, el 15% de las mujeres y 6% de los hombres tenían fobias específicas, el 7% de las mujeres y 4% de los hombres tenía ansiedad generalizada, el 5% de las mujeres y 0,5% de los hombres tenía agorafobia, el 3% de las mujeres y 0,5% de los hombres tenía fobia social, el 1% de los hombres y 0,5% de las mujeres tenían trastornos de pánico y el 0,5% de las mujeres tenía estrés postraumático. Además entre los pacientes con trastornos de ansiedad el 43% de las mujeres y 34% de los hombres no hizo otra dolencia psiquiátrica, el 34% de las mujeres y 19% de los hombres tenía asociado depresión y el 34% de los hombres tenían trastornos debido al uso de alcohol. Se concluyó que una alta proporción de pacientes hospitalizados

en los servicios médicos tienen trastornos de ansiedad y que una vez identificado el problema puede ayudar a tratar las dolencias médicas ³.

Reséndiz y col, en su estudio "Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable", evaluaron el impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre los síntomas, el número de consultas y la relación entre características clínicas y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable moderado a grave. Se encontró que el 70% presentó ansiedad, 46% depresión y 40% ambos, y que la ansiedad se asoció con mayor frecuencia a síndrome de intestino irritable muy grave y la depresión con mayor frecuencia de predominio de diarrea (aquellos con ansiedad y depresión reportaron más días a la semana dolor o malestar abdominal). Se concluyó que los rasgos de ansiedad o depresión impactan negativamente sobre el número de días y la frecuencia de síntomas en pacientes con síndrome de intestino irritable moderado a grave ⁴.

Vargas y col, en su estudio "Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas", determinaron los niveles de ansiedad de sujetos con enfermedad dermatológica frente a sujetos sanos y la diferencia de ansiedad entre distintas patologías dermatológicas en 152 sujetos, 20 controles sanos y 132 pacientes dermatológicos divididos en 5 grupos en función de la patología dermatológica (urticaria crónica, urticaria aguda, psoriasis en placas, dermatitis atópica y otros) y donde en principio la ansiedad no influye en estas patologías, mediante el inventario de ansiedad estado y ansiedad rasgo de personalidad de Spielberger. Se encontró que el 48,27% de los sujetos con psoriasis y el 38,89% de los sujetos con dermatitis atópica refieren la existencia de un evento estresante en los últimos seis meses frente al 11,54% del grupo de los varios dermatológicos, y además estos sujetos presentan puntuaciones medias de ansiedad más altas y que el 21,2% de los 132 sujetos con patología dermatológica refiere antecedentes psiquiátricos, presentando puntuaciones promedio mayores para ansiedad estado y ansiedad rasgo con significación estadística. Se concluyó la comorbilidad de patología psiquiátrica en los pacientes con enfermedades

dermatológicas crónicas y los altos niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, sobre todo en los pacientes con psoriasis y dermatitis atópica ⁵.

Pareja y col, en su estudio "Prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria", establecieron la prevalencia de síntomas de ansiedad en una población clínica de pacientes que sufren de cefalea recurrente mediante la escala de autoinforme de Zung. Se encontró en un grupo formado por 223 pacientes con una edad promedio de 37.0 años, 82.5% mujeres, una escolaridad promedio de 8.5 años, 63.2% casados y en su mayoría empleados y amas de casa (79.8%); que el 56.1% presentaba migraña, el 43.5% cefalea tipo tensional y el 0.4% cefalea en salvas, que el 62.8% de los evaluados presentaba ansiedad con importancia clínica y que la prevalencia y las puntuaciones para ansiedad fueron mayores en mujeres que en hombres e independientes de la edad, el nivel educativo, el estado marital y el tipo de cefalea. Se concluyó que la prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria es elevada ⁶.

Espinosa y col, en su estudio "Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos", determinaron la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes asmáticos adultos, la compararon con personas sanas y determinaron su correlación con la gravedad de la enfermedad, mediante la escala HAD de Zigmond y Snaith (Hospital Anxiety and Depression Scale). Se encontró que de 120 pacientes (60 en cada grupo), con edad media de 34 años en el grupo 1 (asmáticos) y de 31 años en el grupo 2 (sanos), en el primer grupo 30% tenía ansiedad y 8% depresión y en el segundo grupo 18% tenía ansiedad y 3% depresión, existiendo mayor ansiedad y depresión en pacientes asmáticos al compararlos con personas sanas. Se concluyó que la ansiedad es frecuente en pacientes asmáticos y la depresión menos común, existiendo relación con la gravedad del asma ⁷.

Hernández y col, en su estudio "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile", determinaron una prevalencia de trastornos mentales del 60% entre los hombres (dependencia del alcohol en un 26%,

delirio o demencia en un 10,8%, trastornos de ansiedad en un 10,4%, depresión mayor en un 7,8% y trastornos de adaptación en un 3%) y 65% entre las mujeres (depresión mayor en un 23,2%, trastornos de ansiedad en un 14,3%, trastornos de adaptación en un 8,4%, demencia en un 5,6%, delirio en un 3% y dependencia del alcohol en un 2,5%), siendo la mayoría de las condiciones de intensidad leve o moderada, coexistiendo dos o más condiciones en el 40% de los casos y siendo solicitada una consulta psiquiátrica sólo en el 8% ⁸.

Vicente y col, en su estudio “Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica”, determinaron que el 36% de la población tuvo un trastorno psiquiátrico al menos una vez en su vida y el 23% tuvo un trastorno en los últimos seis meses, siendo los diagnósticos más frecuentes agorafobia en un 11%, trastornos depresivos mayores en el 9%, distimia en un 8% y dependencia de alcohol en un 6%, además sólo el 49% de las personas con un trastorno psiquiátrico había solicitado atención médica, mientras que el 4% de los individuos considerados como carentes de enfermedades psiquiátricas consultaron en un centro de salud mental ⁹.

Fullerton y col, en su estudio “Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención”, determinaron que el 69% de los pacientes entrevistados tenía una condición médica, y de éstos, el 66% tenía un diagnóstico psiquiátrico coexistente, siendo los diagnósticos más frecuentes trastornos de somatización con un 25%, uso nocivo de alcohol con un 14%, depresión con un 35% e hipocondriasis con un 6%, además hubo una mayor prevalencia de diagnósticos psiquiátricos entre las mujeres chilenas. Se concluyó que los pacientes con trastornos crónicos médicos deben ser considerados como un grupo de alto riesgo para la coexistencia de trastornos psiquiátricos ¹⁰.

Kohn y col, en su estudio “Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública”, determinaron que psicosis no afectivas (entre ellos la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia de 1,0%,

depresión mayor de 4,9% y abuso o dependencia de alcohol de 5,7%; además más de un tercio de las personas con psicosis no afectivas, más de la mitad de las personas con un trastorno de ansiedad y cerca de tres cuartas partes de las personas con abuso de alcohol o la dependencia no ha recibido atención de salud mental en servicios de salud, ya sea especializado o general. Se concluye que la brecha del tratamiento actual en el cuidado de la salud mental en América Latina y el Caribe sigue siendo amplia y que probablemente se subestiman el número de individuos no tratados, además la transición epidemiológica y los cambios en la estructura de la población mayor van a ampliar la brecha del tratamiento en América Latina y el Caribe, a menos que las políticas de salud mental se formulen o actualicen y los programas y servicios se amplíen ¹¹.

En el año 2003, el Departamento de Epidemiología, División Rectoría y Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de Chile, mediante su Encuesta Nacional de Salud, estudió una muestra representativa de la población de Chile y encontró que 17.5% de los encuestados tuvo síntomas depresivos en el último año y 5.1% en el último mes ¹².

Goldberg y col, en su estudio "Psychiatric Illness in General Practice: A Detailed Study Using a New Method of Case Identification", aplicaron un cuestionario auto-administrado (el Cuestionario de Salud General) a 553 asistentes consecutivos a la consulta de un médico general y dieron una evaluación independiente de su estado mental por un psiquiatra con una entrevista psiquiátrica estandarizada a una muestra de 200 de estos pacientes. Se encontró que más el 90% de los pacientes estaban clasificados correctamente, que el 20% representan la "morbilidad psiquiátrica visible" y que un tercio representan la "morbilidad psiquiátrica oculta", además de 87 pacientes que habían sido evaluados como casos psiquiátricos en la consulta y que fueron llamados para un seguimiento seis meses después, las dos terceras partes estaban en funcionamiento en el rango normal ¹³.

Saver y col, en su estudio “A Qualitative Study of Depression in Primary Care: Missed Opportunities for Diagnosis and Education”, encontraron que, de 15 sujetos con depresión, en muchos casos recurrente, y que presentaron muchas visitas a médicos de atención primaria, más del 50% dijeron que no habían recibido suficiente información sobre la depresión y sus opciones de tratamiento, y en la mayoría de los casos los médicos decidieron el curso del tratamiento con poca participación de los pacientes. Se concluye que en base a la evidencia de los frecuentes diagnósticos equivocados, las importantes lagunas de información y conocimiento del paciente y la selección limitada de opciones de tratamiento, los esfuerzos de mejora deben abordar no sólo la detección y seguimiento de la depresión, sino también el conocimiento de los pacientes sobre la depresión y las opciones de tratamiento ¹⁴.

Araya y col, en su estudio “Patients know best-detection of common mental disorders in Santiago, Chile: cross-sectional study”, encontraron que, en atención primaria, de 389 pacientes con trastornos mentales, 186 suelen consultar a los médicos por problemas físicos, lo que puede hacer que sea difícil para los médicos de atención primaria identificar los trastornos mentales, y que los médicos tenían más probabilidades de identificar a los pacientes con trastorno mental cuando se atribuyen los síntomas a una causa psicológica (63%) que a una causa física (34%). Se concluye que preguntando directamente al paciente sobre las posibles causas de sus síntomas pueden ser una forma sencilla de mejorar la identificación de los trastornos mentales en atención primaria ¹⁵.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

El presente estudio corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, dado que obtuvimos frecuencias y porcentajes de las variables, y prospectivo, pues los datos aún no estaban recolectados al inicio del estudio y se fueron recogiendo en la ficha de recolección de datos en la medida que los pacientes acudían a la consulta externa.

Diseño de investigación

El presente estudio corresponde a un estudio de diseño no experimental, dado que no manipulamos las variables; descriptivo, puesto que se describen los hechos tal como son observados; y de corte transversal, pues la información se recabó en un solo momento.

Población

La población a estudiar estuvo comprendida por 360 pacientes de 20 a 59 años, de ambos sexos, que acudieron a consulta externa al servicio de Medicina del Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre de 2014 y que accedieron a llenar los test de depresión y ansiedad de Zung.

Muestra

La muestra comprendió 125 sujetos de la población de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión y que no cumplieron con los criterios de exclusión determinados en la investigación.

Criterios de inclusión

- Paciente con probable depresión y/o ansiedad según los test de depresión y ansiedad de Zung.
- Paciente con diagnóstico y/o presunción diagnóstica establecida por el médico en la historia clínica.

Criterios de exclusión

- Paciente con algún problema físico y/o mental que le impida participar en el estudio.
- Paciente que no llene adecuadamente los test de depresión y ansiedad de Zung.

Variables

Las principales variables a estudiar son la depresión y la ansiedad, que por su naturaleza son variables cualitativas ordinales.

Dentro de otras variables a registrar según los objetivos específicos antes mencionados se hallan:

- Edad (variable cuantitativa)
- Sexo (variable cualitativa)
- Motivo de consulta (variable cualitativa)
- Profesional que diagnostica (variable cualitativa)

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Instrumento
Ansiedad	Estado emocional en el que las personas se sienten inquietas, aprensivas o temerosas y que cumple con los criterios diagnósticos de la OMS.	Psicosomático	<ul style="list-style-type: none"> • < = 49, Ausente • 50 – 59, Leve • 60 – 69, Moderada • > = 70, Severa 	Escala de ansiedad de Zung
Depresión	Estado emocional en el que las personas se sienten abatidas, derribadas o tristes y que cumple con los criterios diagnósticos de la OMS.	Mental	<ul style="list-style-type: none"> • < = 49, Ausente • 50 – 59, Leve • 60 – 69, Moderada • > = 70, Severa 	Escala de depresión de Zung
Edad	Tiempo que ha vivido una persona a la fecha del estudio.	Temporal	Número de años cumplidos calculado a partir de la fecha de nacimiento en su documento de identidad.	Historia clínica
Sexo	Condición biológica que distingue a una persona.	Biológica	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Historia clínica
Motivo de consulta	Dolencia principal por la que acude el paciente a un centro de salud.	Naturaleza de la causa de la dolencia	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Fatiga • Pérdida de peso • Insomnio • Malestares gastrointestinales • Malestares cardiacos 	Historia clínica
Profesional que diagnostica	Título profesional del personal de salud que realiza el diagnóstico.	Social	<ul style="list-style-type: none"> • Médico cirujano • Especialista no psiquiatra 	Historia clínica

Técnicas e instrumentos

Se utilizaron las escalas de depresión y de ansiedad de Zung, ya validadas en estudios anteriores en nuestro medio ^{16, 17}, y los resultados fueron anotados en una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador (ver anexo 1).

Dicha ficha fue sometida a consideración y juicio de expertos en la materia quienes hicieron las correcciones que tuvieran lugar, para de esta forma garantizar la calidad y certidumbre del modelo. Cada experto consideró los siguientes aspectos de información por cada ítem: congruencia, claridad y observación. Luego de la revisión de parte de los expertos se procedió a: (a) en los ítems con 100% de coincidencia favorable entre los expertos, fueron incluidos en el instrumento, (b) en los ítems donde hubo un 100% de coincidencia desfavorable entre los expertos se excluyeron del instrumento, (c) donde existió acuerdo parcial entre los expertos se revisaron los ítems, se reformularon y nuevamente fueron validados.

Se empleó como fuente de información, una fuente secundaria, las historias clínicas de los pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014, que cumplieron con los criterios de inclusión y que no cumplieron con los criterios de exclusión, previa autorización del Médico Jefe de dicho Centro de Salud.

Procedimiento y análisis de datos

Se aplicaron los test de depresión y de ansiedad de Zung a los pacientes cuando acudieron a consulta externa al Centro de Salud Villa Los Reyes, para la detección de problemas de depresión y/o ansiedad, para luego compararlos con los diagnósticos establecidos en la historia clínica de dichos pacientes y ver si hay alguna coincidencia en cuanto a los problemas mencionados.

Se realizó la recopilación de datos según las variables escogidas y la información recolectada fue ingresada en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, donde se analizaron los datos para obtener las frecuencias

relativas y absolutas para las variables cualitativas. Los resultados fueron colocados en tablas y expresados en gráficos, y considerando los objetivos específicos se aplicaron las estadísticas descriptivas.

Posteriormente se realizó el análisis de los resultados, la discusión de los mismos para finalmente elaborar el informe final y proceder a la presentación del trabajo.

Consideraciones éticas

Este estudio en concordancia con los principios de la Ética Médica que rigen toda investigación: principio de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia corresponde a una investigación sin riesgo, pues no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos de estudio.

Se solicitaron los permisos respectivos, la autorización del Médico Jefe del Centro de Salud Villa Los Reyes en coordinación con la Oficina de Capacitación del mismo y otras coordinaciones administrativas pertinentes.

Se solicitó consentimiento informado y los pacientes se incluyeron en el estudio solo si consintieron en ello, informándose sobre las características del estudio, la no invasividad del mismo y la utilidad que se obtendría de los resultados, y garantizándose la confidencialidad de los datos recolectados al no divulgarse nombres de pacientes ni de cualquier dato o información que pueda permitir la identificación de los mismos.

El proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con el fin de proteger el bienestar y seguridad de los participantes en la investigación y evaluar el balance riesgo/beneficio del estudio, así como de evaluar el rigor científico y la factibilidad del estudio.

La financiación de la investigación, desde la realización del proyecto de investigación hasta la elaboración del informe final, corrió exclusivamente a cargo del investigador.

RESULTADOS

Se obtuvieron las fichas con los resultados del tamizaje de 345 pacientes adultos, de un total de 360 pacientes adultos que acudieron a consulta externa de Medicina y accedieron a llenar los test de depresión y ansiedad de Zung, por llenar correctamente ambos test.

Se encontró que de estos 345 pacientes, el 63,7 % (n=220) no tenía ningún probable problema y el 36,3% (n=125) tenía al menos un probable problema, siendo que el 9,9% (n=34) tenía algún grado probable de sólo depresión, el 9,9% (n=34) tenía algún grado probable de sólo ansiedad y el 16,5% (n=57) tenía algún grado probable de ambos problemas (Ver Cuadro N°1 y Figura N°1).

Cuadro N°1. Distribución de pacientes por probable problema según test.

RESULTADOS DE TEST DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD		
PROBLEMA	N° PACIENTES	%
Solo depresión	34	9,9
Solo ansiedad	34	9,9
Depresión y ansiedad	57	16,5
Ninguno	220	63,7
TOTAL	345	100,0

RESULTADOS DE TEST DE DEPRESION Y ANSIEDAD

Total=345

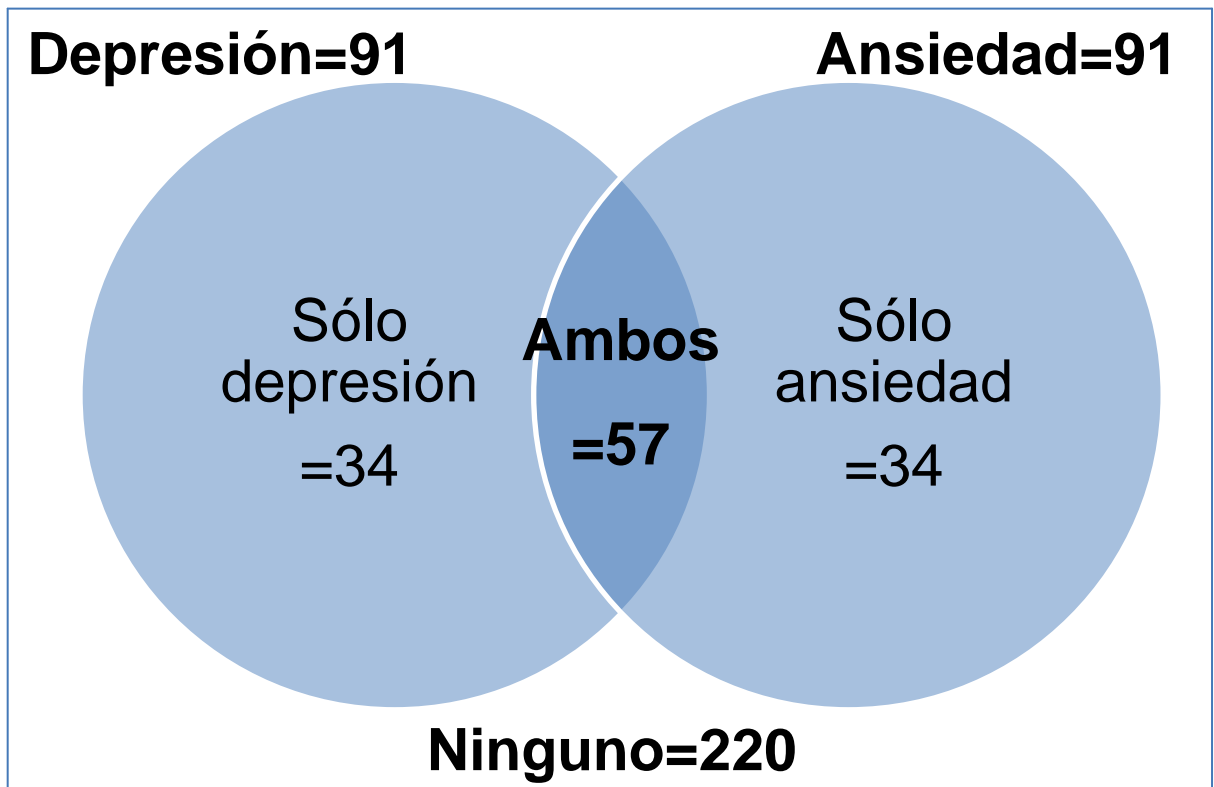


Figura N°1. Distribución de pacientes por probable problema según test.

Luego, se obtuvieron las historias clínicas de 125 pacientes adultos, de un total de 345 pacientes adultos que acudieron a consulta y llenaron adecuadamente los test, cuyas fichas contenían resultados positivos de probable depresión, ansiedad ambos, según los test de depresión y ansiedad de Zung.

En cuanto a las principales variables del estudio, se analizaron la depresión y la ansiedad, encontrándose lo siguiente:

En relación al grado de depresión, se encontró que de los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, el 82,4% (n=75) tenían probable depresión leve, el 16,5% (n=15) tenían probable depresión moderada y el 1,1% (n=1) tenía probable depresión severa (Ver Cuadro N°2 y Figura N°2).

Cuadro N°2. Distribución de casos probables de depresión según test por grado de severidad.

CASOS PROBABLES DE DEPRESIÓN SEGÚN TEST POR GRADO DE SEVERIDAD		
GRADO	N° CASOS	%
Leve	75	82,4
Moderado	15	16,5
Severo	1	1,1
TOTAL	91	100,0

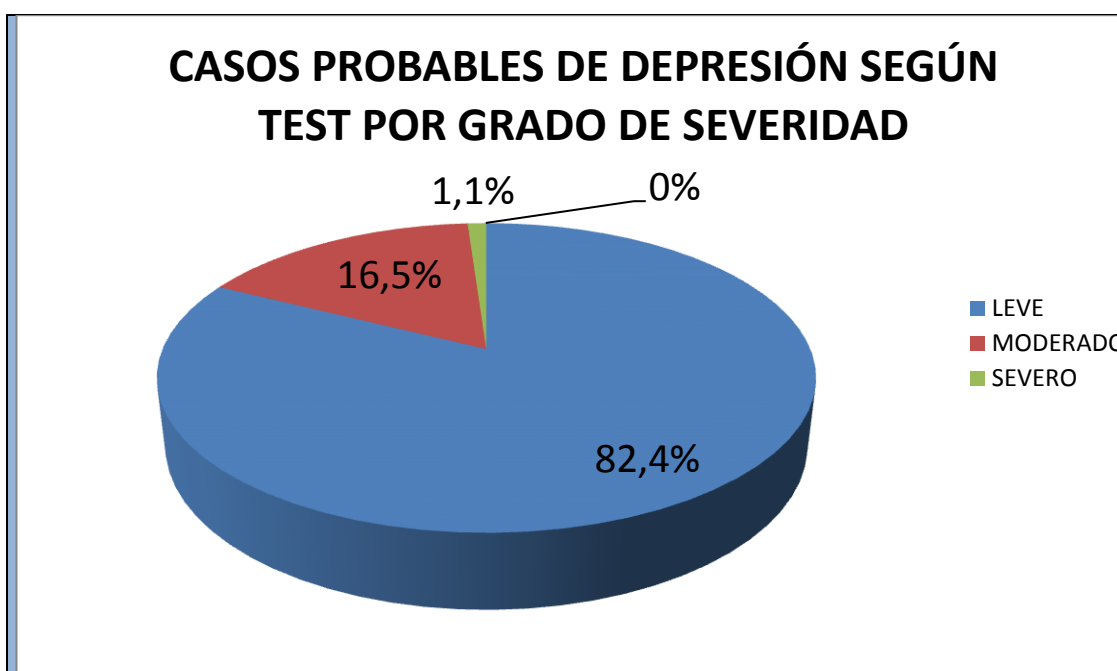


Figura N°2. Distribución de casos probables de depresión según test por grado de severidad.

Además, en relación al grado de ansiedad, se encontró que de los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, el 86,8% (n=79) tenían probable ansiedad leve, el 12,1% (n=11) tenían probable

ansiedad moderada y el 1,1% (n=1) tenía probable ansiedad severa (Ver Cuadro N°3 y Figura N°3).

Cuadro N°3. Distribución de casos probables de ansiedad según test por grado de severidad.

CASOS PROBABLES DE ANSIEDAD SEGÚN TEST POR GRADO DE SEVERIDAD		
GRADO	N° CASOS	%
Leve	79	86,8
Moderado	11	11,1
Severo	1	1,1
TOTAL	91	100,0

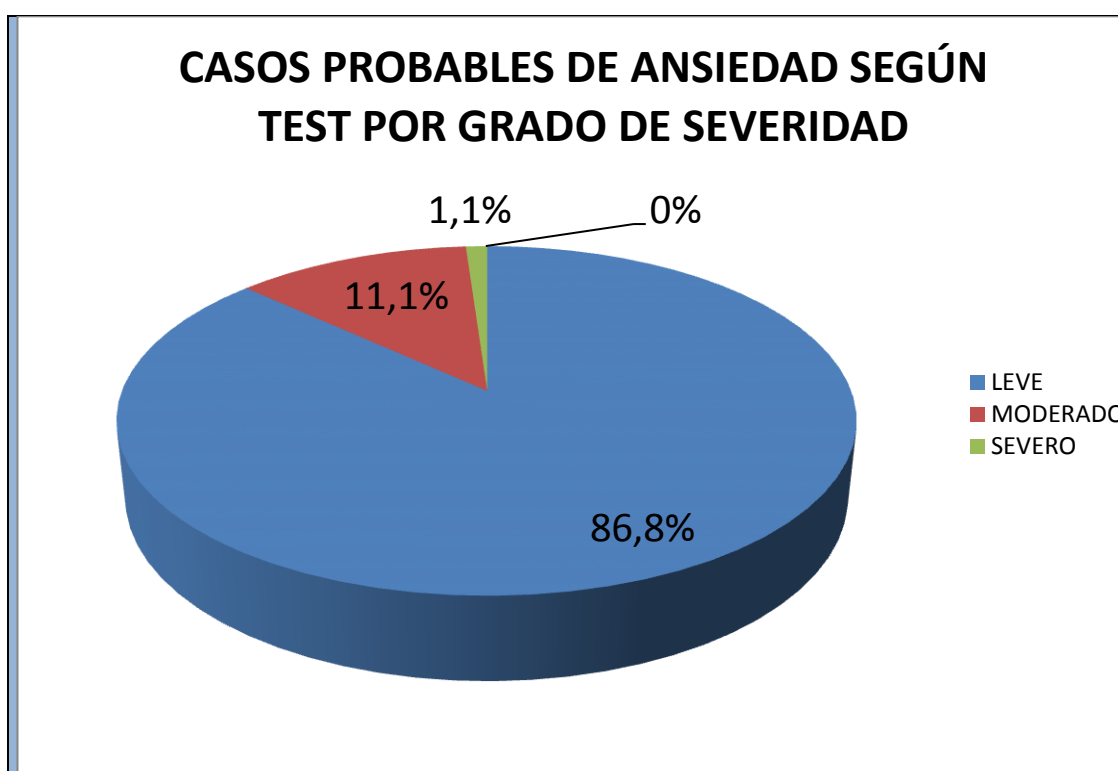


Figura N°3. Distribución de casos probables de ansiedad según test por grado de severidad.

De los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, el 2,2% (n=2) tuvo una presunción diagnóstica de depresión establecida por el médico en la historia clínica y el 97,8% (n=89) no tuvo dicha presunción diagnóstica por parte del médico (Ver Cuadro N° 4 y Figura N°4).

Cuadro N°4. Distribución de casos probables de depresión según test por presunción diagnóstica.

PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL MÉDICO EN CASOS PROBABLES DE DEPRESIÓN SEGÚN TEST		
PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA	N° CASOS	%
Si	2	2,2
No	89	97,8
TOTAL	91	100,0

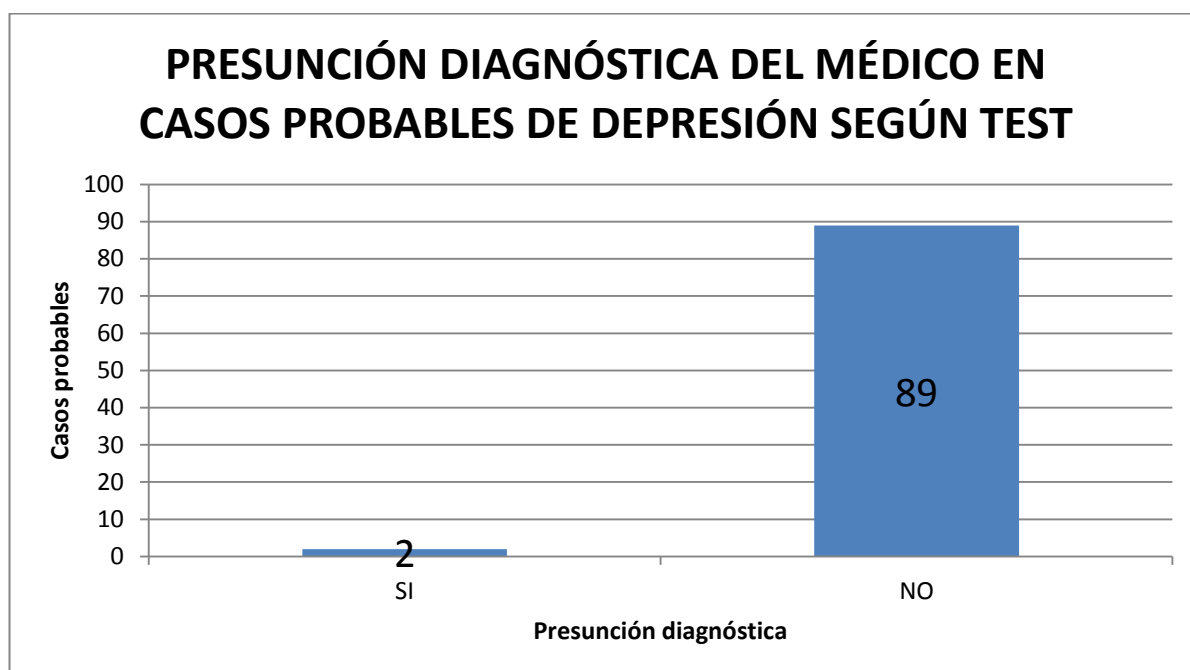


Figura N°4. Distribución de casos probables de depresión según test por presunción diagnóstica.

Además, de los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, el 4,4% (n=4) tuvo una presunción diagnóstica de depresión establecida

por el médico en la historia clínica y el 95,6% (n=87) no tuvo dicha presunción diagnóstica por parte del médico (Ver Cuadro N°5 y Figura N°5).

Cuadro N°5. Distribución de casos probables de ansiedad según test por presunción diagnóstica.

PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL MÉDICO EN CASOS PROBABLES DE ANSIEDAD SEGÚN TEST		
PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA	N° CASOS	%
Si	4	4,4
No	87	95,6
TOTAL	91	100,0

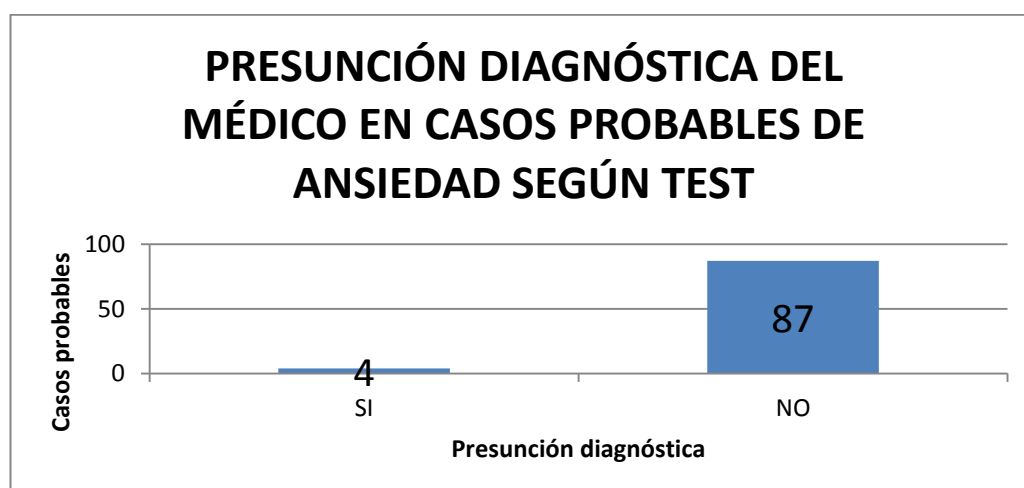


Figura N°5. Distribución de casos probables de ansiedad según test por presunción diagnóstica.

En cuanto a las otras variables registradas según los objetivos específicos, se analizaron la edad, sexo, motivo de consulta y profesional que diagnóstica, encontrándose lo siguiente:

De los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, para la variable edad se encontró que el 21,9% (n=20) tenía entre 20 y 25 años, el 15,4% (n=14) tenía entre 25 y 30 años, el 13,2% (n=12) tenía entre 30 y 35 años, el 11% (n=10) tenía entre 35 y 40 años, el 8,8% (n=8) tenía entre 40 y 45 años, el 7,7% (n=7) tenía entre 45 y 50 años, el 4,4% (n=4) tenía entre 50 y 55 años y el 17,6% (n=16) tenía entre 55 y 60 años.

Además, se determinó las siguientes medidas de resumen: media de 37,4; mediana de 34,8 y moda de 23,8 (Ver Cuadro N°6 y Figura N°6).

Cuadro N°6. Distribución de casos probables de depresión según test por intervalos de edad.

CASOS PROBABLES DE DEPRESIÓN SEGÚN TEST POR INTERVALOS DE EDAD							
# int	[liminf	limsup>	xi	fi	Fi	fi%	xifi
1	20	25	22,5	20	20	21,9	450
2	25	30	27,5	14	34	15,4	385
3	30	35	32,5	12	46	13,2	390
4	35	40	37,5	10	56	11	375
5	40	45	42,5	8	64	8,8	340
6	45	50	47,5	7	71	7,7	332,5
7	50	55	52,5	4	75	4,4	210
8	55	60	57,5	16	91	17,6	920
Total				91		100	3402,5

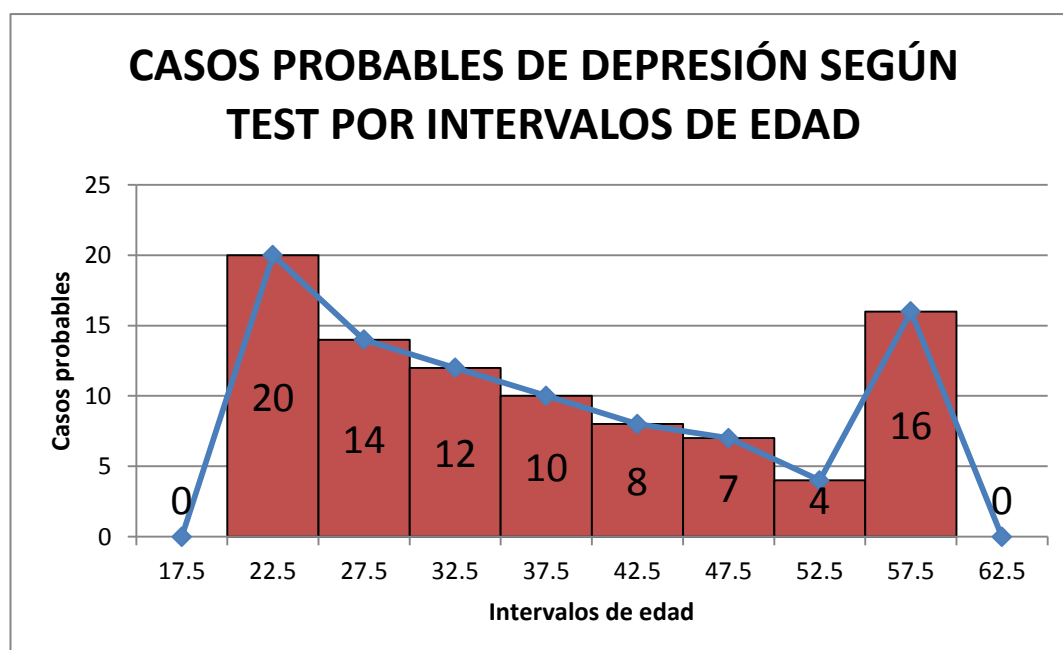


Figura N°6. Distribución de casos probables de depresión según test por intervalos de edad.

De los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, para la variable edad se encontró que el 16,4% (n=15) tenía entre 20 y 25 años, el 13,2% (n=12) tenía entre 25 y 30 años, el 14,3% (n=13) tenía entre

30 y 35 años, el 15,4% (n=14) tenía entre 35 y 40 años, el 6,6% (n=6) tenía entre 40 y 45 años, el 13,2% (n=12) tenía entre 45 y 50 años, el 7,7% (n=7) tenía entre 50 y 55 años y el 13,2% (n=12) tenía entre 55 y 60 años. Además, se determinó las siguientes medidas de resumen: media de 38,4; mediana de 36y moda de 24,2 (Ver Cuadro N°7 y Figura N°7).

Cuadro N°7. Distribución de casos probables de ansiedad según test por intervalos de edad.

CASOS PROBABLES DE ANSIEDAD SEGÚN TEST POR INTERVALOS DE EDAD							
# int	[liminf	limsup>	xi	fi	Fi	fi%	xifi
1	20	25	22,5	15	15	16,4	337,5
2	25	30	27,5	12	27	13,2	330
3	30	35	32,5	13	40	14,3	422,5
4	35	40	37,5	14	54	15,4	525
5	40	45	42,5	6	60	6,6	255
6	45	50	47,5	12	72	13,2	570
7	50	55	52,5	7	79	7,7	367,5
8	55	60	57,5	12	91	13,2	690
Total				91		100	3497,5

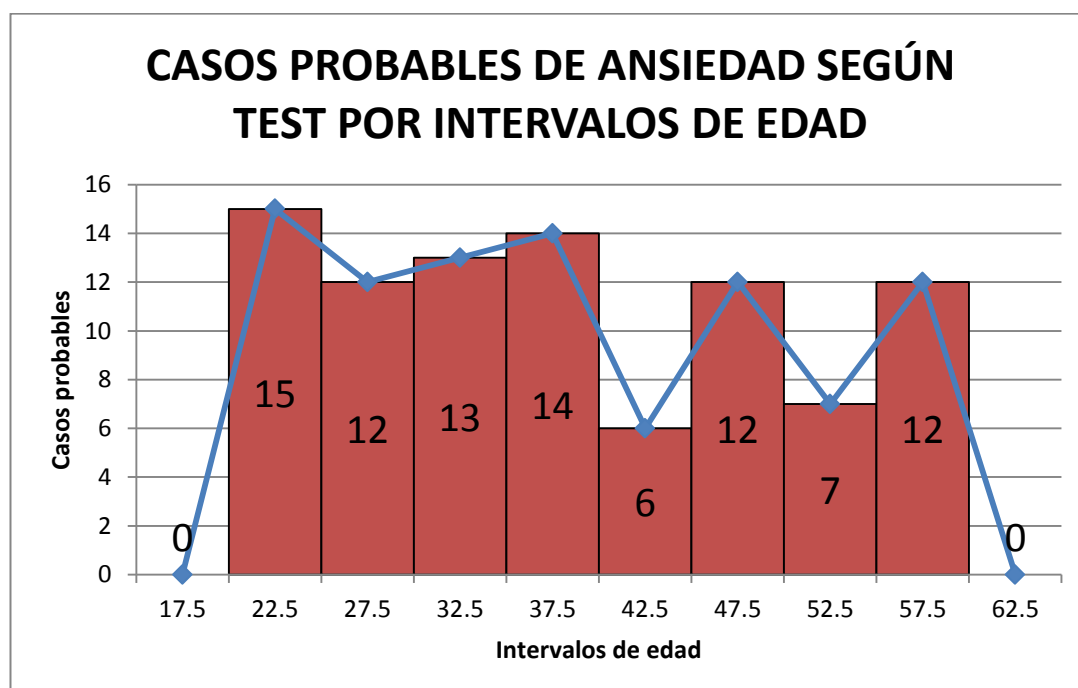


Figura N°7. Distribución de casos probables de ansiedad según test por intervalos de edad.

De los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, para la variable sexo se encontró que el 6,6% (n=6) fue masculino y el 93,4% (n=85) fue femenino (Ver Cuadro N°8 y Figura N°8).

Cuadro N°8. Distribución de casos probables de depresión según test por sexo.

CASOS PROBABLES DE DEPRESIÓN SEGÚN TEST POR SEXO		
SEXO	N° CASOS	%
Masculino	6	6.6
Femenino	85	93,4
TOTAL	91	100,0

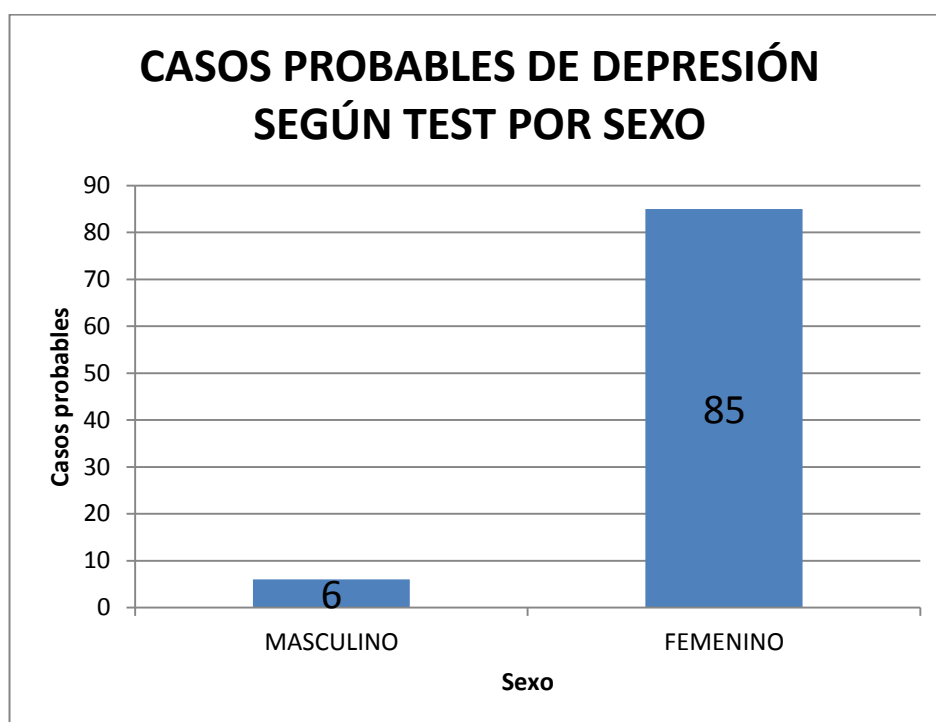


Figura N°8. Distribución de casos probables de depresión según test por sexo.

De los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, para la variable sexo se encontró que el 8,8% (n=8) fue masculino y el 91,2% (n=83) fue femenino (Ver Cuadro N°9 y Figura N°9).

Cuadro N°9. Distribución de casos probables de ansiedad según test por sexo.

CASOS PROBABLES DE ANSIEDAD SEGÚN TEST POR SEXO		
SEXO	N° CASOS	%
Masculino	8	8,8
Femenino	83	91,2
TOTAL	91	100,0

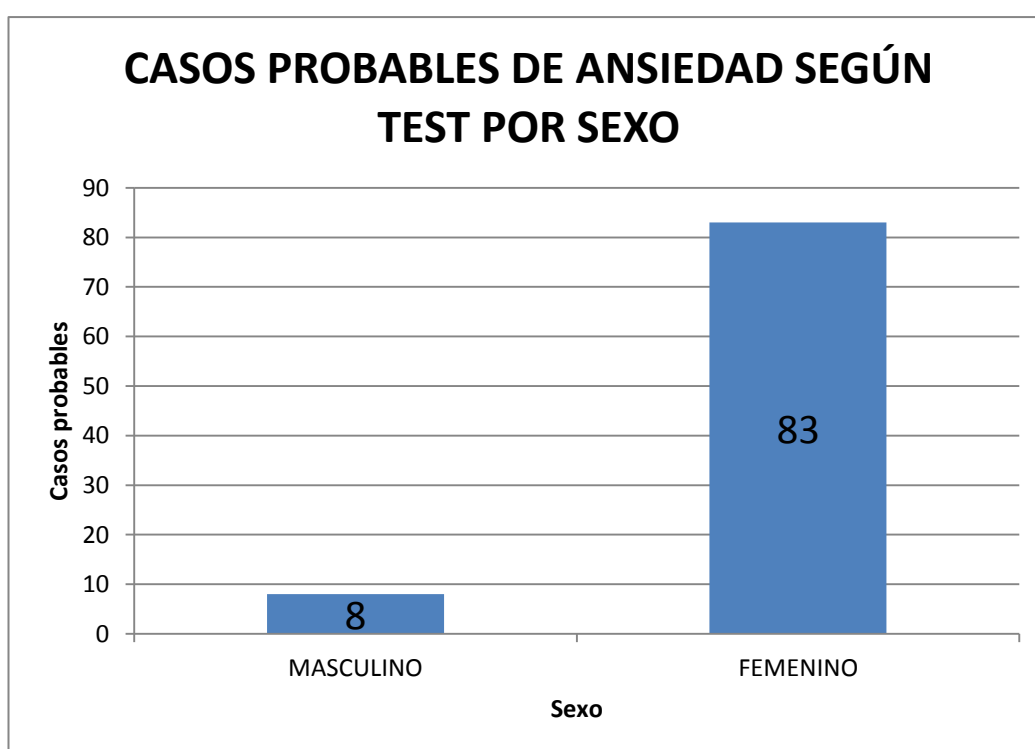


Figura N°9. Distribución de casos probables de ansiedad según test por sexo.

De los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, para la variable motivo de consulta se encontró que el 27,4% (n=25) fue cefalea, el 13,2% (n=12) fueron malestares gastrointestinales, el 11% (n=10) fue fatiga, el 7,7% (n=7) fueron malestares cardiacos, el 6,6% (n=6) fue pérdida de peso, el 4,4% (n=4) fue insomnio y el 30,7% (n=27) fueron otras molestias (Ver Cuadro N°10 y Figura N°10).

Cuadro N°10. Distribución de casos probables de depresión según test por motivo de consulta.

MOTIVO DE CONSULTA EN CASOS PROBABLES DE DEPRESIÓN SEGÚN TEST		
MOTIVO DE CONSULTA	N° CASOS	%
Cefalea	25	27,4
Malestares gastrointestinales	12	13,2
Fatiga	10	11
Malestares cardiacos	7	7,7
Pérdida de peso	6	6,6
Insomnio	4	4,4
Otras molestias	27	30,7
TOTAL	91	100,0

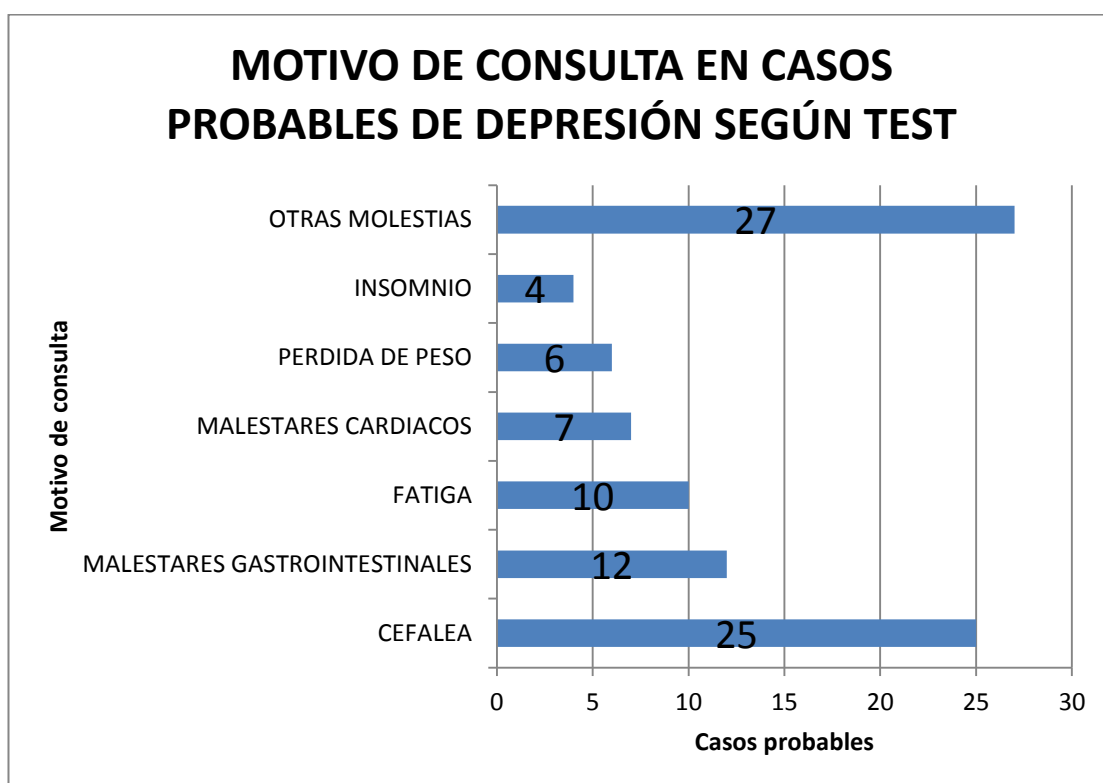


Figura N°10. Distribución de casos probables de depresión según test por motivo de consulta.

De los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, para la variable motivo de consulta se encontró que el 33% (n=30) fue cefalea, el 17,6% (n=16) fueron malestares gastrointestinales, el 9,9% (n=9) fue fatiga, el 5,5% (n=5) fueron malestares cardiacos, el 5,5% (n=5) fue

insomnio, el 4,4% (n=4) fue pérdida de peso y el 24,1% (n=22) fueron otras molestias (Ver Cuadro N°11 y Figura N°11).

Cuadro N°11. Distribución de casos probables de ansiedad según test por motivo de consulta.

MOTIVO DE CONSULTA EN CASOS PROBABLES DE ANSIEDAD SEGÚN TEST		
MOTIVO DE CONSULTA	N° CASOS	%
Cefalea	30	33
Malestares gastrointestinales	16	17,6
Fatiga	9	9,9
Malestares cardiacos	5	5,5
Insomnio	5	5,5
Pérdida de peso	4	4,4
Otras molestias	22	24,1
TOTAL	91	100,0

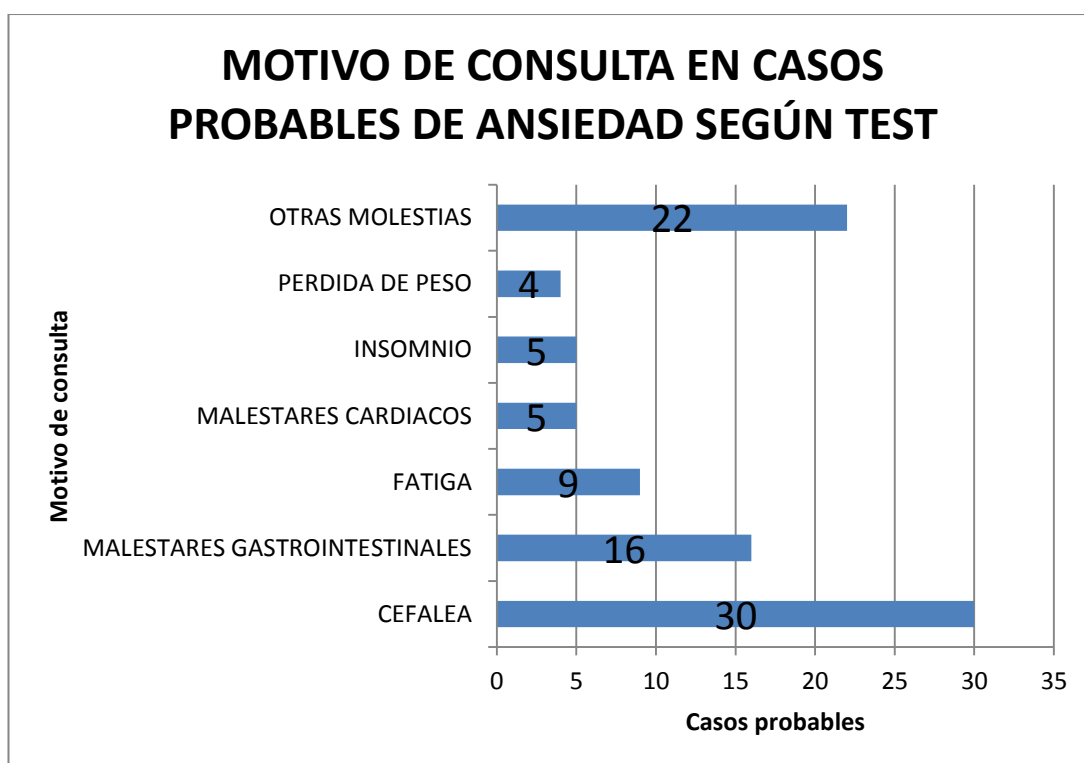


Figura N°11. Distribución de casos probables de ansiedad según test por motivo de consulta.

De los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, para la variable profesional que diagnostica, se encontró que el 71,4% (n=65) fue atendido por un médico cirujano y el 28,6% (n=26) fue atendido por un especialista no psiquiatra. A su vez, de los 65 pacientes atendidos por un médico cirujano, el 1,5% (n=1) obtuvo la presunción diagnóstica de depresión y el 98,5% (n=64) no obtuvo dicha presunción diagnóstica. Por otro lado, de los 26 pacientes atendidos por un especialista no psiquiatra, el 3,8% (n=1) obtuvo la presunción diagnóstica de depresión y el 96,2% (n=25) no obtuvo dicha presunción diagnóstica(Ver Cuadro N°12 y Figura N°12).

Cuadro N°12. Distribución de casos probables de depresión según test por profesional que diagnostica.

CASOS PROBABLES DE DEPRESIÓN SEGÚN TEST POR PROFESIONAL QUE DIAGNOSTICA		
CASOS PROBABLES	MEDICO CIRUJANO	ESPECIALISTA NO PSIQUIATRA
Con presunción diagnóstica	1	1
Sin presunción diagnóstica	64	25
TOTAL	65	26

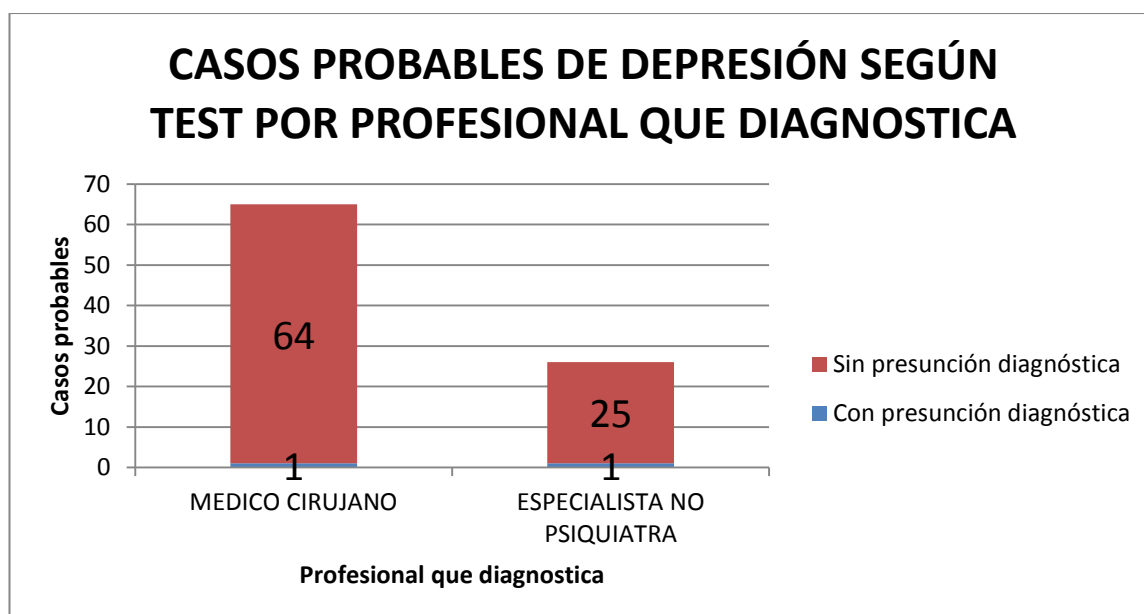


Figura N°12. Distribución de casos probables de depresión según test por profesional que diagnostica.

De los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, para la variable profesional que diagnostica, se encontró que el 67% (n=61) fue atendido por un médico cirujano y el 33% (n=30) fue atendido por un especialista no psiquiatra. A su vez, de los 61 pacientes atendidos por un médico cirujano, el 1,6% (n=1) obtuvo la presunción diagnóstica de ansiedad y el 98,4% (n=60) no obtuvo dicha presunción diagnóstica. Por otro lado, de los 30 pacientes atendidos por un especialista no psiquiatra, el 10% (n=3) obtuvo la presunción diagnóstica de ansiedad y el 90% (n=27) no obtuvo dicha presunción diagnóstica (Ver Cuadro N°13 y Figura N°13).

Cuadro N°13. Distribución de casos probables de ansiedad según test por profesional que diagnostica.

CASOS PROBABLES DE ANSIEDAD SEGÚN TEST POR PROFESIONAL QUE DIAGNOSTICA		
CASOS PROBABLES	MEDICO CIRUJANO	ESPECIALISTA NO PSIQUIATRA
Con presunción diagnóstica	1	3
Sin presunción diagnóstica	60	27
TOTAL	61	30

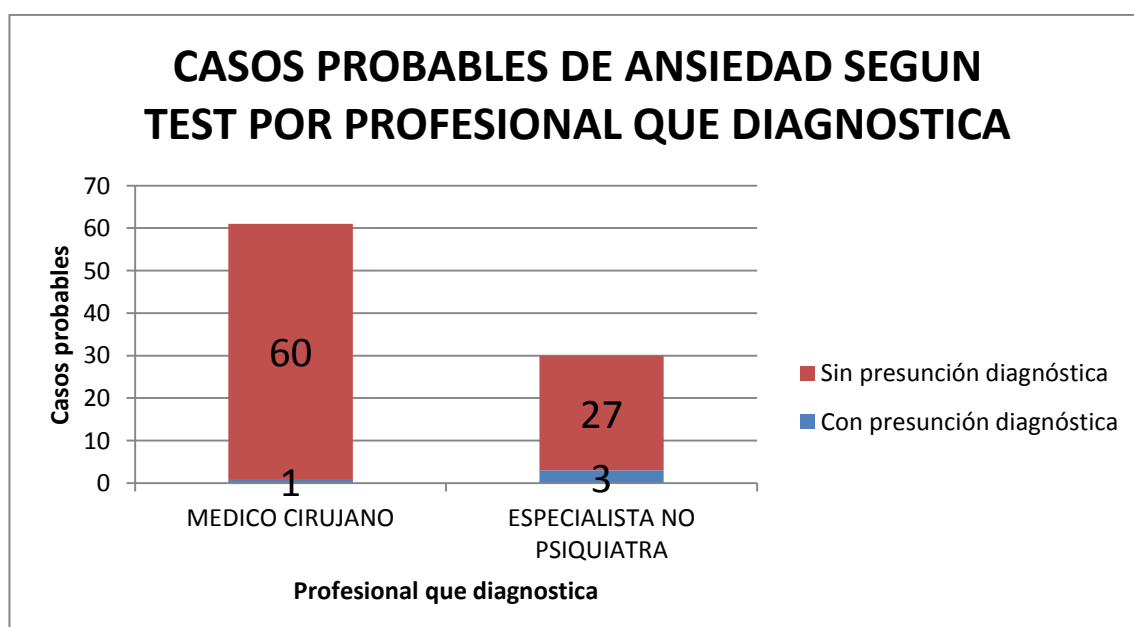


Figura N°13. Distribución de casos probables de ansiedad según test por profesional que diagnostica.

DISCUSIÓN

Se encontró como principal hallazgo una alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en el Centro de Salud Villa Los Reyes. Se hallaron 125 fichas con resultados positivos de probable depresión, ansiedad o ambos. De éstas, 35 fichas contenían sólo depresión, 35 fichas contenían solo ansiedad y 56 fichas contenían simultáneamente depresión y ansiedad, como probable problema. De tal forma, se obtuvieron 91 casos de probable depresión y 91 casos de probable ansiedad según cada test, de los cuales 2 pacientes consiguieron la presunción diagnóstica de depresión y 4 pacientes la presunción diagnóstica de ansiedad por parte del médico que los atendió. Calculando frecuencias porcentuales, el 2,2% de casos probables de depresión obtuvo la presunción diagnóstica de depresión frente al 97,8% que no la obtuvo y el 4,4% de casos probables de ansiedad obtuvo la presunción diagnóstica de ansiedad frente al 95,6% que no la obtuvo. Estas cifras claramente nos muestran la alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión (97,8%), así también de ansiedad (95,6%), en pacientes adultos con probable depresión y/o ansiedad durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014.

El presente estudio evidenció una distribución variable para la edad tanto para los casos probables de depresión como para los casos probables de ansiedad según los test de Zung, por lo que se les analizó independientemente según los grupos etáreos. En cuanto a los casos probables de depresión según el test, se describe un patrón de distribución por grupos etáreos, siendo las edades extremas de la adultez las de mayor frecuencia, con una frecuencia de 21,9% en el intervalo de 20 a 25 años (adulto joven) y una frecuencia de 17,6% en el intervalo de 55 a 60 años (adulto pre mayor), mientras que las frecuencias porcentuales fueron en orden decreciente en los otros intervalos (adulto intermedio) desde una frecuencia de 14% en el intervalo de 25 a 30 años hasta una frecuencia de 4% en el intervalo de 50 a 55 años. En cuanto a los casos probables de ansiedad según el test, no se describe un patrón de distribución por grupos etáreos, siendo la primera etapa de la adultez la de mayor frecuencia, con una frecuencia de 16,4% en el intervalo de 20 a 25 años (adulto joven),

seguida por una frecuencia de 17,6% en el intervalo de 35 a 40 años, mientras que la menor frecuencia fue de 6,6% en el intervalo de 40 a 45 años, quedando la última etapa de la adultez en cuarto lugar con una frecuencia de 13,2% en el intervalo de 55 a 60 años (adulto pre mayor). Esta variable distribución por grupos etáreos, evidencia una diferente evolución de cada problema en el transcurso de la vida de las personas.

Por otro lado, como era de esperarse, se evidenció que la depresión y la ansiedad son problemas de salud mental más comunes en las mujeres que en los hombres según la OMS. Así, de los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, el 93,4% fueron mujeres y el 6,6% fueron hombres, mientras que, de los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, el 91,2% fueron mujeres y el 8,8% fueron hombres.

Sobre el motivo de consulta, de los 91 pacientes con algún grado probable de depresión según el test, se observó que el 27,4% acudió por presentar cefalea y además, el 11% acudió por presentar fatiga, el 6,6% acudió por presentar pérdida de peso y el 4,4% acudió por presentar insomnio, síntomas que corresponden al síndrome somático como parte de los criterios diagnósticos establecidos por la OMS para la depresión. Además, de los 91 pacientes con algún grado probable de ansiedad según el test, se encontró que el 33% acudió por presentar cefalea, el 17,6% acudió por presentar malestares gastrointestinales, el 9,9% acudió por presentar fatiga y el 5,5% acudió por presentar malestares cardiacos, siendo los principales rasgos característicos dentro de los criterios diagnósticos establecidos por la OMS para la ansiedad.

En cuanto al profesional que diagnostica, debiera ser de pericia médica el sospechar precozmente dichas patologías. Cabe señalar que el 1,5% de los pacientes con probable depresión según el test, obtuvieron la presunción diagnóstica de depresión por parte del médico cirujano, frente al 3,8% de los pacientes con probable depresión según el test, que obtuvieron la presunción diagnóstica de depresión por parte del especialista psiquiatra que los atendió. Además, el 1,6% de los pacientes con probable ansiedad

según el test, obtuvieron la presunción diagnóstica de ansiedad por parte del médico cirujano, frente al 10% de los pacientes con probable ansiedad según el test, que obtuvieron la presunción diagnóstica de ansiedad por parte del especialista no psiquiatra que los atendió. Dado esto, los mayores porcentajes de presunción diagnóstica de depresión y ansiedad por parte del especialista no psiquiatra frente al médico cirujano, se podría explicar por la pericia médica de los especialistas no psiquiatras, producto de haber ejercido la profesión durante mayor tiempo que los médicos cirujanos del Centro de Salud Villa Los Reyes.

Sin embargo, dado que el 96,2% de los pacientes con probable depresión según el test y atendidos por un especialista no psiquiatra no obtuvieron su presunción diagnóstica, y que el 90% de los pacientes con probable ansiedad según el test y atendidos también por un especialista no psiquiatra tampoco obtuvieron su presunción diagnóstica, estamos frente un alto subdiagnóstico de depresión y ansiedad, aun por parte de los especialistas no psiquiatras, que podría explicarse por otros factores no relacionados a la pericia médica.

Finalmente, se puede manifestar que existe una alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad, tanto por médicos cirujanos como por especialistas no psiquiatras, del Centro de Salud Villa Los Reyes, relacionado a factores que pasarían a ser materia de otros trabajos de investigación.

CONCLUSIONES

1. El subdiagnóstico de depresión y ansiedad (97,8% y 95,6%, respectivamente) en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes, es un hecho de alta frecuencia e importancia (objetivo 1).
2. El 2,2% de casos probables de depresión según test de Zung obtuvieron la presunción diagnóstica de depresión del médico que los atendió (objetivo 2).
3. El 4,4% de casos probables de ansiedad según test de Zung obtuvieron la presunción diagnóstica de ansiedad del médico que los atendió (objetivo 2).
4. Un porcentaje importante de casos probables de depresión según el test de Zung se concentraron en las edades extremas de la adultez, adulto joven con 21,9% y adulto pre mayor con 17,6% (objetivo 3).
5. Un buen porcentaje de casos probables de ansiedad según test de Zung se concentró en la primera etapa de la adultez, mas no en la última etapa de la adultez, adulto joven con 16,4% y adulto pre mayor con 13,2% (objetivo 3).
6. Existe concordancia con la OMS en que la depresión y la ansiedad son más comunes en mujeres (93,4% y 91,2%, respectivamente) que en hombres (6,6% y 8,8%, respectivamente), lo cual se evidenció en el estudio (objetivo 3).
7. Se dan la cefalea (27,6%) como frecuente motivo de consulta y el síndrome somático como criterio diagnóstico para la depresión según la OMS, observándose fatiga (11%), pérdida de peso (6,6%) e insomnio (4,4%), en los pacientes con probable depresión según el test de Zung (objetivo 3).

8. Se dan los principales rasgos característicos para la ansiedad según la OMS, observándose cefalea (33% y frecuente motivo de consulta), malestares gastrointestinales (17,6%), fatiga (9,9%) y malestares cardiacos (5,5%), en los pacientes con probable ansiedad según el test de Zung (objetivo 3).

9. Se observa que la presunción diagnóstica de depresión y ansiedad se dio en menor medida en los médicos cirujanos (1,5% y 1,6% respectivamente), cuando debiera ser de pericia médica el sospechar precozmente dichas patologías en la atención primaria (objetivo 3).

10. Se observa que la presunción diagnóstica de depresión y ansiedad se dio en mayor medida en los especialistas no psiquiatras (3,8% y 10% respectivamente), lo que puede deberse a la pericia médica producto de una mayor experiencia, siendo aun así evidente el subdiagnóstico (objetivo 3).

11. El subdiagnóstico de depresión y ansiedad por parte de los especialistas no psiquiatras es alto (96,2% y 90%, respectivamente), por lo que deben haber otros factores relacionados al fenómeno que deben ser estudiados (objetivo 3).

RECOMENDACIONES

1. Elaborar programas de capacitación del equipo de salud de atención primaria sobre reconocimiento y diagnóstico de depresión y ansiedad, para poder afrontar y revertir el problema de subdiagnóstico (conclusiones 1 a 3).
2. Los programas de capacitación deben dirigirse principalmente a médicos que realizan atención primaria, debiendo incluir la orientación y concientización de la magnitud del problema y sus repercusiones (conclusiones 1 a 3).
3. Aumentar los conocimientos de salud mental en los otros miembros del equipo de salud de atención primaria, así como promover el interés por la aplicación de dichos conocimientos en la práctica diaria (conclusiones 1 a 3).
4. Fortalecer el Programa de Control de Salud Mental en la institución, con énfasis en las enfermedades más frecuentes, como la depresión y la ansiedad, incluyendo la contratación de un psiquiatra para su dirección (conclusiones 1 a 3).
5. Promover el tamizaje de depresión y ansiedad como parte del Programa de Control de Salud Mental, para complementar la detección de presuntos casos no detectados por los médicos de atención primaria (conclusiones 1 a 3).
6. Realizar coordinaciones con el director del Programa de Control de Salud Mental para el seguimiento de los presuntos casos mediante un trabajo en equipo que beneficie a los pacientes con un diagnóstico precoz (conclusiones 1 a 3).
7. Reestructurar la historia clínica de atención primaria, tal que consignen los datos de salud mental más importantes que puedan orientar a los médicos a la presunción diagnóstica de depresión y/o ansiedad (conclusiones 1 a 3).

8. Realizar las referencias respectivas de presuntos casos de depresión y/o ansiedad a la institución correspondiente para el diagnóstico clínico y tratamiento oportuno, adecuado y especializado (conclusiones 1 a 3).

9. Desarrollar investigaciones que analicen otros factores relacionados a la alta frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad, y brinden una mejor perspectiva para abordar el problema (conclusiones 4 a 11).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Federation for Mental Health. Depresión: Una crisis global. Día Mundial de la Salud Mental, 2012.
2. Pan American Health Organization. Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. Boletín Informativo Año 4 No. 29, 2012.
3. Hernández G, Orellana G, Kimelman M, Núñez C, Ibáñez C. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Rev Méd Chile 2005; 133: 895-902.
4. Reséndiz FE, Ortiz OM, Pulido D, Arcila D, Schmulson M. Impacto de los rasgos de ansiedad y depresión sobre aspectos clínicos y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 73, Núm. 1, 2008.
5. Vargas E, Peña ML, Vargas A. Influencia de la ansiedad en diversas patologías dermatológicas. Actas Dermosifiliogr. 2006; 97(10): 637-43.
6. Pareja J, Campo A. Prevalencia de síntomas de ansiedad en pacientes con cefalea primaria. Acta Neurol Colomb Vol. 22 No. 4 Diciembre 2006; 22: 299-303.
7. Espinosa FD, Parra M, Segura NH, Toledo DA, Menez D, Sosa E et al. Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. Revista Alergia México 2006; 53(6): 201-6.
8. Hernández G, Ibáñez C, Kimelman M, Orellana G, Montino O, Núñez C. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en hombres y mujeres hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de Santiago de Chile. Rev. Méd. Chile v.129 n.11 Santiago nov. 2001.
9. Vicente B, Rioseco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica. Rev. Méd. Chile v.130 n.5 Santiago mayo 2002.

10. Fullerton C, Florenzano R, Acuña J. Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev. Méd. Chile* v.128 n.7 Santiago jul. 2000.
11. Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *RevPanam Salud Pública*. 2005; 18(4/5): 229–40.
12. Departamento de Epidemiología, División Rectoría y Regulación Sanitaria, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud, 2003, Minsal. *Boletín de Vigilancia en Salud Pública de Chile* 2004 vol 8 nº 20.
13. Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric Illness in General Practice: A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *British Medical Journal*, 1970, 2, 439-443.
14. Saver BG, Van-Nguyen V, Keppel G, Doescher MP. A Qualitative Study of Depression in Primary Care: Missed Opportunities for Diagnosis and Education. *J Am Board Fam Med*. 2007; 20(1): 28-35.
15. Araya R, Lewis GH, Rojas G, Mann AH. “Patients knowsbest”-detection of common mental disorders in Santiago, Chile: cross sectional study. *BMJ* 2001; 332: 79-81.
16. Perales A, Chue H, Padilla A, Barahona L. Estrés, ansiedad y depresión en magistrados de Lima, Perú. *Rev Perú MedExp Salud Pública*. 2011; 28(4): 581-88.
17. Novara J, Sotillo C, Warthon D. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para depresión en población de Lima Metropolitana, Lima, 1985.

ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HISTORIA CLÍNICA:

NOMBRES Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA:

DIAGNÓSTICOS ANTERIORES:

DIAGNÓSTICOS ACTUALES:

PROFESIONAL QUE DIAGNOSTICA:

RESULTADO DEL TEST DE DEPRESIÓN DE ZUNG:

RESULTADO DEL TEST DE ANSIEDAD DE ZUNG:

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

FRECUENCIA DE SUBDIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD VILLA LOS REYES DURANTE EL PERIODO DE SEPTIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014

ACEPTACIÓN DEL PARTICIPANTE

Soy César Augusto Palacios Torre, Bachiller en Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y como parte de realizar mi tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano, estoy realizando un trabajo de investigación en el Centro de Salud Villa Los Reyes.

Por lo cual: Usted ha sido seleccionado para participar en una investigación que evalúa la frecuencia de subdiagnóstico de depresión y ansiedad en pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Villa Los Reyes durante el periodo de septiembre a noviembre del 2014.

La ansiedad y la depresión son enfermedades que en las últimas décadas han cobrado gran importancia, dado que se sitúan dentro de los trastornos más frecuentes en el campo de la salud mental, por lo que se ve por conveniente la realización de este trabajo de investigación, con el fin de que sirva como una base de datos y referencia para su mejor diagnóstico, fomentando así el tratamiento precoz de estas enfermedades mentales.

Su participación será exclusivamente respondiendo una encuesta que no tomará más de 10 minutos.

La información que usted nos proporcione será manejada en forma muy confidencial, pues es una encuesta anónima.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, su participación es voluntaria y con derecho de abstenerse a participar sin ninguna penalidad.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

FIRMA

Anexo 3

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me he sentido abatido y melancólico.	1	2	3	4
2	Por las mañanas es cuando me he sentido mejor.	4	3	2	1
3	He tenido accesos de llanto o ganas de llorar.	1	2	3	4
4	He dormido mal.	1	2	3	4
5	He tenido tanto apetito como antes.	4	3	2	1
6	He sentido que aún me atraen las personas del sexo opuesto.	4	3	2	1
7	He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8	He tenido trastornos intestinales y estreñimiento.	1	2	3	4
9	Me ha latido el corazón más aprisa que de costumbre.	1	2	3	4
10	Me he cansado sin motivo.	1	2	3	4
11	He tenido la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
12	He hecho las cosas con la misma facilidad que antes.	4	3	2	1
13	Me he sentido nervioso y no he podido estar quieto.	1	2	3	4
14	He tenido esperanzas en el futuro.	4	3	2	1
15	He estado más irritable que antes.	1	2	3	4
16	Me ha sido fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17	Me he sentido útil y necesario.	4	3	2	1
18	Me he sentido satisfecho con mi vida actual.	4	3	2	1
19	He creído que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20	He disfrutado de las mismas cosas que antes.	4	3	2	1

Anexo 4

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG

		Nunca o casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Me he sentido más ansioso y nervioso de lo normal.	1	2	3	4
2	He sentido miedo sin tener razón para ello.	1	2	3	4
3	Me he enfadado con facilidad o he tenido momentos de mal humor.	1	2	3	4
4	He sentido como si me derrumbara o me fuera a desintegrar.	1	2	3	4
5	He sentido que todo me va bien y nada malo me va a suceder	4	3	2	1
6	Los brazos y las piernas se me han puesto trémulos y me han temblado.	1	2	3	4
7	Me he sentido molesto por los dolores de cabeza, cuello y/o espalda.	1	2	3	4
8	Me he sentido débil y me he cansado con facilidad.	1	2	3	4
9	Me he sentido tranquilo y he podido permanecer sentado fácilmente.	4	3	2	1
10	He sentido que mi corazón late con rapidez.	1	2	3	4
11	He estado preocupado por los momentos de mareo que siento.	1	2	3	4
12	He tenido períodos de desmayo o algo así.	1	2	3	4
13	He podido respirar bien, con facilidad.	4	3	2	1
14	He sentido adormecimiento y hormigueos en los dedos de las manos y/o pies.	1	2	3	4
15	Me he sentido molesto por los dolores de estómago o indigestiones.	1	2	3	4
16	He tenido que orinar con mucha frecuencia.	1	2	3	4
17	He sentido mis manos secas y calientes.	4	3	2	1
18	He sentido que mi cara enrojece y me ruborizo.	1	2	3	4
19	He podido dormir con facilidad y descansar bien.	4	3	2	1
20	He tenido pesadillas.	1	2	3	4

Anexo 5

INTERPRETACION DE ESCALAS

Escala de depresión

Es una escala formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con 2 ítems referentes al estado de ánimo y otros 2 a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal está establecido en un mes.

Escala de ansiedad

La escala consta de 20 ítems, 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad, ocurridos durante el último mes.

Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada.

Puntuaciones

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de éstas, con los siguientes puntos de corte:

No depresión < 50

Depresión leve 51-59

Depresión moderada 60-69

Depresión severa > 69

No ansiedad < 50

Ansiedad leve 51-59

Ansiedad moderada 60-69

Ansiedad severa > 69